

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

56

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 10 décembre 1895 à 1 heure*

PAR

**Arsène FIÉ**

EXTERNE DES HÔPITAUX

---

ÉTUDE SUR UNE COMPLICATION RARE

DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

(RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE)

---

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.  
GILLES DE LA TOURETTE, agrégé.  
LETULLE, agrégé.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1895

IMPRIMERIE DE LA LIBRAIRIE

This image shows a blank, aged, cream-colored page, likely an endpaper or flyleaf of a book. The paper has a slightly textured appearance with some faint smudges and discoloration, characteristic of old paper. The left edge of the page shows the binding, with visible stitching or thread. There is no text or other markings on the page.

MINIUM VS. TALCUM

1894

7

卷之四

731231-731734

531

541

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 10 décembre 1895 à 1 heure*

PAR

Arsène FIÉ

EXTERNE DES HÔPITAUX

---

ÉTUDE SUR UNE COMPLICATION RARE

DU

CURETTAGE DE L'UTÉRUS

(RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE)

---

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.  
GILLES DE LA TOURETTE, agrégé.  
LETULLE, agrégé.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1895

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                             |                |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                     | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs.</b> . . . . .                                               | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                           | FARABEUF.      |
| Physiologie. . . . .                                                        | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                                  | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                                | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                        | N.             |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                              | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                               | { DIEULAFOY.   |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                            | { DEBOVE.      |
| Anatomie pathologique. . . . .                                              | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                        | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                            | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie . . . . .                                                     | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                                 | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                           | LANDOUZY.      |
| Médecine légale . . . . .                                                   | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                         | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                               | LABOULBENE.    |
|                                                                             | STRAUS.        |
|                                                                             | { G. SEE.      |
| Clinique médicale . . . . .                                                 | { POTAIN.      |
|                                                                             | { JACCOUD.     |
|                                                                             | HAYEM.         |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                                  | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies syphilitiques. . . . .                                | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-<br>céphale. . . . . | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies nerveuses. . . . .                                    | RAYMOND.       |
|                                                                             | { BERGER.      |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                              | { DUPLAY.      |
|                                                                             | { LE DENTU.    |
|                                                                             | TILLAUD.       |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                           | PANAS.         |
| Clinique des voies urinaires. . . . .                                       | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                           | { TARNIER.     |
|                                                                             | { PINARD.      |

### Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

### Agrévés en exercice.

| MM.         | MM.          | MM.                 | MM.       |
|-------------|--------------|---------------------|-----------|
| ACHARD.     | GAUCHER.     | MARFAN.             | ROGER.    |
| ALBARRAN.   | GILBERT.     | MARIE.              | SEBILEAU. |
| ANDRE.      | GILLES DE LA | MENETRIER.          | THIÉRY.   |
| BAR.        | TOURETTE.    | NELATON             | THOINOT.  |
| BONNAIRE.   | GLEYS.       | NETTER.             | TUFFIER.  |
| BROCA.      | HARTMANN.    | POIRIER, chef des   | VARNIER.  |
| CHANTEMESSE | HEIM.        | travaux anatomiques | WALTHER.  |
| CHARRIN.    | LEJARS.      | RETTERER.           | WEISS.    |
| CHASSEVANT. | LETULLE.     | RICARD.             | WIDAL.    |
| DELBET.     |              |                     | WURTZ.    |

*Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS



A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553815\\_0043](https://archive.org/details/IA41553815_0043)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des hôpitaux,  
membre de l'Académie de médecine,  
officier de la légion d'honneur.



ETUDE SUR UNE COMPLICATION RARE  
DU  
CURETTAGE DE L'UTÉRUS  
RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

---

INTRODUCTION

Bien que cette thèse ne repose que sur une seule observation, nous sommes convaincus pourtant que sa valeur ne sera pas négligeable si, comme nous avons fait notre possible pour y parvenir, cette observation est publiée avec tous les détails de nature à éclairer ceux qui nous feront l'honneur de la lire, et si les réflexions que ce cas nous a suggérées sont considérées comme rationnelles par nos juges, sur la bienveillance desquels nous comptons d'ailleurs.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser à tous ceux, qui ont guidé nos efforts dans l'étude des sciences médicales, nos plus sincères remerciements.

Nous conservons de ces études un souvenir de profonde reconnaissance pour les maîtres qui nous ont offert et donné surabondamment leur dévouement et leur science. Nous sommes heureux de pouvoir leur adresser publiquement l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre gratitude.

## QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LE CURETTAGE

---

PRÉCAUTIONS. — INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS.  
ACCIDENTS.

Le curettage de l'utérus, comme nous le dit M<sup>r</sup> Picqué (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1892) est devenu une opération courante de la pratique gynécologique. Mais, avec le même auteur, peut-être pourrait-on dire : « Partisan résolu de cette opération qui m'a  
« donné tant de bons résultats à l'hôpital et en ville, je  
« ne crains pas cependant, de dire qu'on en fait un véritable abus et que, pour ma part, je suis bien souvent  
« obligé de résister soit aux malades, soit même aux médecins, pour qui l'opération est devenue une sorte de  
« panacée universelle, bonne à employer chaque fois  
« qu'une malade perd ou a des douleurs abdominales...  
« Tout en reconnaissant que certains cas spéciaux sont  
« justiciables du curettage seul, je crois, en résumé,

« que, le plus souvent, le chirurgien devra remplir des  
« indications variables en nombre suivant les cas, c'est  
« à cette condition que le curettage devra d'être main-  
« tenu dans la pratique et d'éviter un discrédit fatal. »

Le curettage de l'utérus a, en effet, ses indications à peu près précisées aujourd'hui. Malgré son peu de gravité ordinaire, comme toute intervention chirurgicale, il a pourtant ses dangers, ses inconvénients.

Le curettage doit être fait d'une façon absolument aseptique par des opérateurs rompus aux exigences actuelles de la chirurgie, dans des locaux aménagés à cet effet et avec l'assistance de bons aides.

On ne saurait concevoir un curettage fait dans d'autres conditions ; car, un chirurgien n'est pas excusable de faire courir à une malade, pour une affection souvent bénigne, des dangers immédiats, et, dans l'avenir, des complications plus ou moins sérieuses qui peuvent aboutir à la production d'une salpingite suppurée ainsi que cela s'observe de temps en temps. :

Les précautions prises par M. Picqué sont les suivantes :

La malade est considérée comme une opérée ordinaire, placée dans un milieu spécialement aménagé pour les opérations gynécologiques, entourée d'un personnel habitué à ce genre d'opérations ; c'est dire qu'il repousse ces

curettages faits à la hâte dans une salle d'opération quelconque, avec un personnel non préparé.

La veille de l'opération, la malade prend un bain et une purgation (une bouteille d'eau d'Hunyadi Janos).

La vulve est rasée entièrement et savonnée avec soin, des injections de sublimé au millième sont faites au moins trois fois dans le courant de la journée. Une mèche de gaze iodoformée remplit mollement la cavité vaginale.

Pas de dilatation préalable du col qui augmenterait la durée du séjour au lit de la malade.

Un lavement est donné quelques heures avant l'opération pour évacuer le rectum.

Au moment de l'opération, M. Picqué complète lui-même l'asepsie de la vulve. Il attache une grande importance à ces précautions préliminaires. Brossage minutieux de la vulve avec de l'eau savonneuse. Evacuation de la vessie. La désinfection de la cavité vaginale constitue un autre temps non moins important : le chirurgien ne doit pas se contenter d'une simple injection, il doit pratiquer, avec deux doigts de la main droite, la canule étant placée dans le vagin, le rinçage du vagin et surtout de ses culs-de-sac.

Un fait extrêmement important et sur lequel notre attention a été attirée d'une façon toute particulière est le suivant : dans les conditions ordinaires, cette manipulation du vagin suffit, mais, au contraire, lorsqu'il

existe de la vaginite, souvent difficile à reconnaître lorsqu'elle est passée à l'état chronique et localisée aux culs-de-sac, il faut différer l'intervention et traiter d'abord cette lésion par les moyens ordinaires, sous peine d'éprouver à brève échéance la réinfection de l'utérus et le retour des accidents. A cette circonstance trop souvent méconnue est dû l'échec du curettage dans un certain nombre de cas et aussi les complications de l'ordre de celle que nous étudions en ce moment pourraient en résulter.

Nous ne saurions, en effet, admettre avec le Docteur Queyrel (de Marseille) (*Archives de Tocologie*, 1890) que le curettage de l'utérus soit exempt de tout danger et ne puisse être suivi d'aucun accident dans les cas de métrite chronique qu'il considère avec raison comme étant une des principales indications du curettage : « Mais là, où  
« l'indication du curettage se pose sans contestation possible, c'est dans les cas de métrite chronique du corps  
« de l'utérus, quand la cavité de l'organe est augmentée  
« de capacité, quand la muqueuse est fongueuse ou purulente, quand enfin le catarrhe utérin s'est éternisé et  
« a résisté à tous les moyens dirigés contre lui ou encore  
« quand il y a exfoliation cataméniale. »

Il est certain que, appliqué à propos, le curettage utérin peut rendre de grands services et même procurer une

guérison radicale (principalement dans les métrites hémorrhagiques). Il ne faudrait pourtant pas l'appliquer indistinctement à toutes les métrites car de nombreux inconvénients pourraient en être la conséquence.

MM. Lucas-Championnière, Routier, Richelot, Terrillon et quelques autres chirurgiens donnent, comme contre-indication du curettage les lésions des annexes concomitantes. Trélat ne trouve pas ces contre-indications justes. Il dit (*Semaine médicale*, 1890, page 85) : « Abstraction  
« faite des cas réclamant l'extirpation urgente des an-  
« nexes : tumeur volumineuse, rupture menaçante, acci-  
« dents fébriles, quand les affections utérine et tubaire  
« coexistent, je dis qu'il faut toujours faire le traitement  
« palliatif de l'endométrite et en attendre les résultats. »

Mlle Finkelstein (thèse de Paris 1889) va plus loin encore : « Je soutiens dit-elle que certaines salpingites dou-  
« loureuses sont susceptibles de guérir par le seul curet-  
« tage de l'utérus. J'ai observé le fait plusieurs fois en  
« y portant grande attention ».

La question, comme on le voit, est loin d'être tranchée puisque des cliniciens éminents sont loin d'être d'accord sur ce point de savoir s'il faut intervenir ou non lorsque les annexes sont envahies par l'inflammation.

Les indications du curettage sont même considérablement réduites pour certains auteurs, dans les cas, où les

annexes étant saines, l'utérus seul est enflammé. Il serait inefficace dans toutes les formes non hémorrhagiques de la métrite chronique et ne donnerait de résultats véritablement excellents que dans la forme hémorrhagique de l'inflammation utérine. Contre l'hémorrhagie le curettage est héroïque. Il serait, non seulement inefficace, mais même dangereux dans tous les cas de métrite aiguë autres que ceux de métrite puerpérale où il reste une ressource vraiment précieuse en combattant rapidement les symptômes d'infection générale de l'organisme à l'ensemble desquels on a donné le nom de fièvre puerpérale.

En résumé : poussées inflammatoires du côté des annexes, celles-ci paraissant indemnes au moment de l'intervention, aggravation de lésions annexielles antérieurement existantes, apparition d'une pelvi-péritonite bénigne, grave ou même mortelle : voilà les principales complications observées après le curettage de l'utérus. Il en est encore d'autres, mais moins fréquentes et surtout moins bien démontrées, s'il n'y a pas eu de faute dans le manuel opératoire : telles sont les hémorrhagies sur la fréquence desquelles certains auteurs ont insisté, particulièrement lorsque le curettage est pratiqué pour une infection puerpérale. M. Marmasse (Thèse de Paris, 1895) ne les a jamais observées. Le tamponnement fait d'ailleurs, dans ces cas, une excellente hémostase.

On a également accusé le curettage d'être une cause de stérilité. Cette objection a peu de partisans. La réapparition des règles après le curettage ne prouve qu'une chose : à savoir que la muqueuse est reproduite et, comme le remarque Zielinski, si la conception est possible dès ce moment, elle aboutit fréquemment à un avortement. Mais il y a nombre de grossesses menées à terme par d'anciennes curettées et sans rappeler les cas de Martin, ceux de Ricke, Dahlmann, Dührssenn, nous avons les statistiques du Congrès de Lyon 1894 éminemment probantes.

Mais il est une complication, indiscutable, bien que nous n'en ayions pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale et que nous sommes réduits à étudier d'après le seul cas observé par nous : nous voulons parler du rhumatisme blennorrhagique.

## RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

### COMPLICATION DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Nous avons dit que, outre les complications mécaniques du curettage de l'utérus, celles, par exemple, consécutives à une fausse manœuvre, déchirure du col pendant la dilatation, quel que soit d'ailleurs le mode employé, perforation de l'utérus par la curette, accident qui ne s'observe guère que dans les curettages pour infections post-puerpérales ou post-abortives, on a encore accusé le curettage de l'utérus de provoquer l'inflammation des annexes par propagation aux trompes de l'inflammation utérine et surtout de causer des poussées inflammatoires dans les trompes malades, poussées accompagnées de douleurs et de fièvre ou autour d'elles : alors on a le tableau symptomatique de la pelvi-péritonite. Dans quelques cas, ces symptômes auraient présenté une gravité suffisante pour déterminer la mort à brève échéance.

Mais aucun auteur jusqu'à ce jour n'avait observé à la

suite de cette intervention une poussée de rhumatisme blennorrhagique parfaitement net, absolument démontré par l'étude des commémoratifs, la nature blennorrhagique de la métrite, consécutive elle-même à une vaginite récente, par l'évolution de l'arthrite ainsi que par sa localisation à une seule articulation.

Il nous est sans doute permis de nous demander par quel mécanisme se produisit cette arthrite, quelle fût sa pathogénie.

Or, on sait que les opinions des auteurs diffèrent encore sur la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique.

A la fin du dix-huitième siècle, Hunter, Selle, Swédiaur, Cullerier signalaient nettement la coexistence fréquente de la chaude-pisse et d'arthropathies; depuis cette époque, comme le dit M. Marfan, les discussions sur ce point ont été très vives et très nombreuses : aujourd'hui, elles paraissent épuisées et, à vrai dire, les controverses du passé nous paraissent maintenant peu intéressantes. Cependant, nous ne devons pas les ignorer complètement, ne fût-ce que par reconnaissance. Les théories erronées ont, en effet, trouvé à toutes les époques des contradicteurs dont le bon sens médical et la robuste logique sont dignes d'être signalés. Dans un temps où aucune lumière n'éclairait les doctrinaires, il y avait quelque mérite à entrevoir des vérités dont la démonstration ne devait être établie que beaucoup plus tard.

La cause efficiente du rhumatisme blennorrhagique est bien la blennorrhagie; l'impossibilité d'avoir une conception claire du rhumatisme blennorrhagique avait fait soutenir par certains auteurs, Bouillaud entre autres, qu'il n'y a pas de rhumatisme blennorrhagique, qu'il n'y a qu'une coexistence de rhumatisme vrai et de blennorrhagie. Or, une pareille doctrine est ruinée par les trois arguments suivants que M. le professeur Fournier a développé il y a déjà longtemps à l'article : Blennorrhagie du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques :

1° La fréquence de cette dite coexistence indique un rapport de cause à effet.

2° Les récidives du rhumatisme blennorrhagique sont parallèles aux récidives de la blennorrhagie.

3° Il y a des différences essentielles entre le rhumatisme vulgaire et le rhumatisme blennorrhagique.

Dans les leçons de M. le professeur Bouchard, on trouve encore une excellente réfutation de cette doctrine. Il serait oiseux d'insister.

Comment agit la blennorrhagie pour engendrer le rhumatisme? Swediaur et Cullerier, sous l'influence des idées de leur temps, invoquaient la métastase.

Pour Peter, pour Guéneau de Mussy, la blennorrhagie n'intervient que pour la mise en activité d'une diathèse

rhumatismale, jusque-là latente : elle est la cause occasionnelle de l'arthritisme. M. Maurice Perrin va plus loin : la blennorrhagie serait une maladie non contagieuse et d'essence rhumatismale ; ce serait le rhumatisme de l'urèthre. Pour Rollet, il y a entre les tissus articulaires et la muqueuse uréthrale une sympathie organique, pour M. Fournier, des relations réflexes.

Pidoux et Feréol soutinrent en 1866 la théorie admise à l'heure actuelle. Ils disaient : « Il existe une diathèse « blennorrhagique comme il existe une diathèse rhumatismale ; l'arthropathie dépend de cette diathèse. »

Lasègue et son élève, M. Diday (1873), développèrent une doctrine un peu différente qui, nous allons le voir, répond à un certain nombre de cas : pour eux le rhumatisme blennorrhagique rentre dans la catégorie des rhumatismes pyohémiques ; il est l'expression d'une pyohémie atténuée, ayant son point de départ dans la suppuration uréthrale.

Actuellement, avons-nous dit, c'est la théorie de Pidoux qui est généralement adoptée.

Avec M. le professeur Jaccoud (Clinique médicale de la Pitié, tome III page 147), en langage moderne cette théorie peut être exprimée dans les termes suivants :

La blennorrhagie est une affection locale au début : elle est causée par la végétation dans l'urèthre d'un

micro-organisme entrevu par Donné et par M. Jousseaume, décrit par Salisbury en 1873, M. Bouchard en 1878, et finalement étudié par Neisser : on lui donne, à tort ou à raison, le nom de gonococcus de Neisser. Les déterminations usuelles de la maladie se font par propagation en surface du germe de la maladie (orchite, cystite, prostatite). Mais dans quelques cas, il y a pénétration du germe dans la circulation et la maladie, locale d'abord, devient générale; il y a infection blennorrhagique.

La détermination principale de cette infection est une arthropathie connue sous le nom de rhumatisme blennorrhagique. En faveur de cette théorie, on a quelques faits positifs qui ont une grande valeur. M. Hallier avait rencontré son micro-organisme dans le sang des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. M. Bouchard a fait cette découverte dans quatre cas. Petrone a trouvé le gonococcus dans le sang et dans les liquides provenant des genoux de deux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. M. Bousquet, ayant eu l'occasion d'examiner le liquide retiré d'une articulation sterno-claviculaire, a retrouvé nettement le gonococcus de Neisser.

Mais, en réalité, la gonohémie (qu'on nous pardonne ce mot nouveau) dit M. Marfan, n'est pas la condition habituelle du rhumatisme blennorrhagique, contrairement à l'opinion de M. le professeur Jaccoud. Il semble

prouver, d'après cet auteur, que la plupart des cas de ce genre appartiennent à la pyohémie. L'arthrite blennorrhagique peut suppurer : le fait est rare, mais il existe, ainsi que le montrent des observations de Lasègue, de M. Talamon, et de MM. Duplay et Brun. Et dans des cas de ce genre, les observateurs qui ont cherché le gonococcus de Neisser dans le liquide articulaire déclarent qu'ils ont trouvé des microbes qui n'avaient rien de spécial, c'est-à-dire probablement des chainettes et des grappes de coques pyogènes. Kammerer (de Fribourg) se basant sur deux faits a déclaré que pour trouver le gonococcus dans les articulations, il fallait examiner des cas récents. Mais cette explication ne nous satisfait qu'à moitié et, par analogie avec ce que M. Marfan a décrit pour les fièvres éruptives, nous sommes disposés à admettre qu'il peut y avoir dans la blennorrhagie deux modes d'infection du sang.

1° La gonohémie (gonocoque.)

2° La pyohémie (microbes du pus)

Même, s'il faut en croire les intéressants travaux de Bumm (de Wurzburg) la pyohémie serait la cause ordinaire du rhumatisme blennorrhagique. Sa dernière communication se termine par ces mots :

« Quant au rhumatisme blennorrhagique, attribué au-  
« trefois aux gonocoques, nous savons maintenant qu'il  
« doit être envisagé comme une infection mixte, puis-

« qu'on ne trouve que des microbes pyogènes dans les  
« articulations atteintes. »

Dans le cas particulier que nous avons observé, l'articulation n'ayant suppuré ni lors de la première, ni lors de la deuxième poussée, nous n'avons pas examiné le contenu de la synoviale, nous ne pouvons donc pas affirmer si c'est le gonocoque qui est en cause seul ou associé aux microbes pyogènes banals. Mais nous pensons qu'au cours d'une métrite blennorrhagique, fait démontré par l'examen bactériologique du muco-pus utérin, la curette a ouvert des vaisseaux lymphatiques ou sanguins et l'infection, malgré toutes les précautions prises, sera faite se par cette voie.

Au cours de notre observation, nous décrivons en détail les soins pris pour obtenir l'asepsie de l'utérus, mais on sait que cette asepsie est toujours très relative et qu'il est à peu près impossible de l'obtenir absolue.

Quant aux causes qui ont prédisposé cette femme à l'infection, nous n'en voyons aucune. M. Marfan résume, comme il suit, les causes prédisposantes ou soi-disant telles du rhumatisme blennorrhagique.

« Existe-t-il chez les blennorrhagiques des causes qui  
« favorisent l'infection générale? Toute réserve faite de  
« la fréquence de la blennorrhagie aux différents âges

« L'infection est plus commune dans la jeunesse et l'âge adulte. »

Quant au sexe, Ricord soutenait que le rhumatisme blennorrhagique est l'apanage de l'homme. Mais Cullerier, dont l'opinion est aujourd'hui universellement adoptée, montra que la femme n'en était pas exempte.

Quelques auteurs pensent que l'action du froid a peut-être une influence : M. le professeur Fournier s'élève contre cette assertion.

La fatigue, les efforts auraient, d'après M. Besnier, une action réelle sur la genèse du rhumatisme blennorrhagique, M. Fournier ne le croit pas.

Enfin Ricord soutenait que l'uréthrite seule pouvait donner le rhumatisme : et c'était pour cette raison que les arthropathies étaient si rares chez la femme. Mais Gosselin répondit que l'uréthrite était commune chez la femme : de plus, il est bien établi que la blennorrhagie vaginale et même conjonctivale peut donner le rhumatisme.

A ce point de vue, on peut citer deux faits bien curieux. MM. Testelin et Poncet (de Cluny) ayant pratiqué artificiellement l'inoculation blennorrhagique à la conjonctive pour traiter un pannus, ces deux auteurs virent se développer un rhumatisme blennorrhagique.

De plus, chez l'enfant nouveau-né, le rhumatisme blennorrhagique n'est pas rare, la thèse de M. Vanuxern

où nous trouvons réunies 28 observations le démontre surabondamment.

Par suite, toute localisation de la gonorrhée peut engendrer le rhumatisme blennorrhagique.

Pour Rollet, le rhumatisme blennorrhagique ne se développe que lorsque l'écoulement est très abondant, mais M. le professeur Fournier ne le croit pas ; il affirme simplement qu'il est nécessaire que la blennorrhagie soit dans une phase active.

Chevallier a nié cette proposition et soutenu que les écoulements gris, chroniques, pouvaient donner naissance à l'infection générale.

Cette brève énumération des opinions des auteurs nous permet de nous faire une opinion sur l'origine de l'infection dans le cas que nous avons observé.

Si nous adoptons la manière de voir de Rollet et de MM. Besnier et Fournier, nous arrivons logiquement à conclure que c'est par son utérus que notre malade s'est infectée.

En effet, lorsque le curettage a été pratiqué, l'urétrite et la vaginite soignées depuis plusieurs semaines par des injections de permanganate de potasse et des tamponnements de ouate imbibée de glycérine résorcinée au centième pour le vagin, par des crayons iodoformés pour l'urétrite pouvaient être considérées comme guéries.

Tout au moins, pour ne pas être plus affirmatif qu'on ne doit l'être sur ce point de la clinique des organes génito-urinaires chez la femme, tout au moins nous est-il permis d'affirmer que *l'écoulement n'était pas très abondant* (Rollet), que *la blennorrhagie n'était pas aiguë avec écoulement vert ou jaune* (Fournier), en un mot qu'elle *n'était pas dans une phase active* (Besnier).

Il nous reste enfin à exposer l'évolution clinique du rhumatisme blennorrhagique afin de savoir dans quelle forme notre cas peut être placé. Nous ne saurions d'un seul fait tirer une conclusion pour l'avenir, aussi, n'attachons-nous à ce chapitre qu'une importance secondaire et nous ne ferons sur ce point que résumer l'exposé donné par M. Marfan (*Gazette des hôpitaux*), 1888).

L'époque d'apparition du rhumatisme blennorrhagique est variable suivant les cas : C'est du sixième au vingtième jour de l'écoulement qu'il apparaît ordinairement. Swediaur avait cru remarquer qu'au moment de l'apparition des douleurs articulaires, l'écoulement se supprimait brusquement, il avait trouvé dans cette particularité un argument en faveur de la théorie de la métastase. Mais, on sait aujourd'hui que si, parfois l'écoulement diminue au début des accidents articulaires, dans l'immense majorité des cas, il ne subit aucune modification.

Le rhumatisme blennorrhagique se présente cliniquement sous quatre formes :

- 1° l'arthralgie.
- 2° l'hydarthrose,
- 3° la polyarthrite subaiguë,
- 4° la mono-arthrite aiguë (plastique ankylosante ou suppurée)

1° L'arthralgie blennorrhagique, bien décrite par M. le Professeur Fournier, n'est souvent que le premier degré des trois autres formes. Elle est constituée par des douleurs vagues dans toutes les jointures : ces douleurs s'exaspèrent par les mouvements plus que par la pression ; elles sont plus vives le matin, gênant alors les mouvements, puis il semble que la jointure se dérouille et la douleur diminue ou disparaît pendant une partie de la journée.

2° L'hydarthrose blennorrhagique frappe surtout le genou (gonocèle de Swediaur). Elle est en générale mono-articulaire, se développerait d'une façon soudaine pour Velpeau, surviendrait, au contraire, insidieusement pour M. Fournier. L'épanchement se forme assez vite ; il est d'emblée assez abondant et gêne la marche, mais la jointure reste indolente et le malade est sans fièvre. L'épanchement est lent à se résoudre, peut passer à l'état chronique et récidiver à chaque nouvelle chaude-pisse.

3° La polyarthrite blennorrhagique subaiguë constitue le vrai pseudo-rhumatisme : c'est la forme usuelle de l'arthropathie. Ici, la fluxion frappe un certain nombre de jointures, mais beaucoup moins que dans le rhumatisme articulaire aigu.

La fluxion est moins mobile que dans le rhumatisme vrai, il y a peu de fièvre. A un moment donné, la douleur disparaît sur beaucoup de points et se localise sur une ou deux jointures, le plus souvent sur une seule où elle va s'épuiser et où elle restera très tenace. Cet article qui seul restera malade longtemps : c'est tantôt le genou, tantôt le cou-de-pied, tantôt le poignet, quelquefois l'articulation temporo-maxillaire ou la sterno-claviculaire. On a même signalé une arthrite blennorrhagique des cartilages du larynx.

Le pseud-rhumatisme blennorrhagique peut se localiser sur les synoviales tendineuses ; celle des péroniers, des muscles jambiers, des extenseurs des doigts et des orteils (synovite blennorrhagique) ; il peut aussi enflammer des bourses séreuses ; la rétro-calcanéenne, la sous-calcanéenne (douleur du talon de Swediaur), la prérotulienne, l'acromiale (hygroma blennorrhagique). On peut aussi pendant cette évolution observer des localisations musculaires (myalgies, torticolis, lumbago), des localisations cutanées : érythèmes polymorphes, MM. Ballet et R. Mesnet ; purpura, MM. Mathieu et Bourcy et enfin des

localisations sur l'endocarde. L'endocardite blennorrhagique dont l'existence est aujourd'hui bien établie peut être simple et légère ou ulcéreuse et très grave (Jaccoud, *Clinique de la Pitié*).

Le pseudo-rhumatisme blennorrhagique, ne saurait être confondu avec le vrai rhumatisme, il s'en différencie par les caractères suivants :

Le rhumatisme blennorrhagique ne se généralise pas au même degré que le rhumatisme vulgaire ;

il est moins mobile, plus fixe ;

on n'observe pas de délitescence, de transport ;

la résolution est difficile ;

les malades n'ont ni les sueurs abondantes, ni les urines des rhumatisants vrais ;

lorsqu'on saigne les malades atteints de rhumatisme blennorrhagique, on constate que le sang ne présente pas de couenne ;

le pseudo-rhumatisme s'accompagne rarement de complications viscérales.

Cependant Ricord, Hervieux, Molen, Leloir ont signalé la péricardite et l'endocardite, G. Sé la pleurésie, Vidrat la phlébite, Ricord des accidents cérébraux, d'autres enfin la paraplégie.

Le rhumatisme blennorrhagique s'accompagne parfois de métastases oculaires et donne naissance à cette forme

spéciale d'ophtalmie blennorrhagique appelée rhumatismale, non contagieuse et aussi à l'iritis séreuse ou des-cémétite.

Les diverses terminaisons de cette forme d'arthrite blennorrhagique sont : la guérison, l'arthralgie ou l'hydarthrose persistantes, l'ankylose avec atrophie musculaire.

L'arthrite blennorrhagique peut se terminer par suppuration et la forme suppurative paraît bien constituer une forme à part. Niée par Rollet, la suppuration de l'arthrite blennorrhagique a été démontrée par les observations de M. Fournier, de Prichard, de Lasègue, de Talamon. Eisenmann perdit une malade de pyohémie consécutive à la blennorrhagie. M. de Lapersonne rapporte dans son travail une observation de Landouzy où une arthrite sterno-claviculaire droite a suppuré. En 1882, dans une thèse intitulée : de la pyohémie dans la blennorrhagie, Martin (de Vévey) a cité cinq cas de mort par complication viscérale. Ces faits d'arthrite suppurative dans la blennorrhagie viennent à l'appui de cette opinion que la plupart des maladies infectieuses peuvent, à un moment donné, se compliquer de pyohémie vraie, grave ou atténuée et que dans l'appréciation du pseudo-rumatisme infectieux, on devra tenir compte de la possibilité d'une complication pyohémique.

Ainsi donc l'arthrite blennorrhagique peut être suppu-

rée. On a dit qu'elle pouvait se terminer par suppuration, celle-ci ne survenant que secondairement.

On a dit aussi qu'elle pouvait se terminer par tumeur blanche ; la première affection dans ce cas prépare le terrain à la seconde.

Enfin, on a soutenu que le rhumatisme blennorrhagique pouvait conduire au rhumatisme noueux. M. Besnier a discuté cette assertion ; il pense qu'il y a eu erreur. Pour lui, le rhumatisme blennorrhagique guérit sans laisser de déformations osseuses. Ce qui a pu donner le change, c'est la périostite externe des extrémités articulaires des phalanges qui accompagne souvent l'infection blennorrhagique et qui peut produire des déformations fusiformes des doigts dont l'aspect a pu tromper. M. Besnier croit que cette périostite blennorrhagique, plus fréquente qu'on ne le pense, guérit sans laisser de déformations.

Dans notre cas personnel, deux questions doivent être successivement posées et résolues :

1° S'agit-il bien d'un rhumatisme blennorrhagique ?

2° A quelle forme de rhumatisme blennorrhagique appartenait l'arthropathie que nous avons observée ?

1° Le diagnostic des accidents articulaires de la chaude-pisse est basé sur le parallèle que nous avons établi plus haut entre le rhumatisme vrai et le rhumatisme blennorrhagique et surtout sur la constatation de l'écoulement.

Or, la femme en question avait dans son utérus du mucus bourré de gonocoques ; elle n'avait, en dehors de cette affection blennorrhagique, aucune tare, aucune affection pouvant produire une arthrite aiguë.

Les douleurs apparues brusquement, rapidement arrivées à leur apogée, persistant pendant longtemps sur une même jointure puis disparaissant lentement, progressivement nous semblent bien être caractéristiques, étant donné chez cette femme l'existence d'une métrite blennorrhagique, d'une arthrite provenant d'une infection gonococcienne. Quant au type clinique auquel nous devons rattacher ce cas, c'est un point sur lequel nous serions assez embarrassé. Il en est souvent ainsi d'ailleurs en clinique, les classifications des formes de chaque maladie n'indiquant que les types les plus tranches, entre lesquels il existe une foule d'intermédiaires.

On peut dire que ce fut une mono-arthrite blennorrhagique à marche subaiguë, non ankylosante.

## OBSERVATION (personnelle)

*Vaginite blennorrhagique ; métrite consécutive ; ménorrhagies et métrorrhagies extrêmement abondantes. Curetage. Deux jours après arthrite blennorrhagique du genou droit ; guérison en deux mois. Persistance d'ulcérations du col et d'hypertrophie de cet organe ; opération de Schröder. Nouvelle poussée d'arthrite du genou droit ; guérison de la métrite et de l'arthrite.*

La nommée C... Marie, âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Broca le 2 mai 1894, salle Natalis Guillot n° 25.

La mère de cette malade est sujette à des névralgies faciales assez intenses, qui ont eu une longue durée, plusieurs années, nous dit-on. Elle n'aurait jamais eu de douleurs ni aucune affection rappelant le rhumatisme ou appartenant aux accidents les plus ordinaires de l'arthritisme. Elle est morte il y a deux ans environ. Sa fille ne peut nous dire à quelle affection elle a succombé. Elle ne saurait davantage nous donner de renseignements sur ses grands parents paternels ou maternels. Elle en a fort peu entendu parler et ne les a pas connus.

Son père était alcoolique ; elle ne lui a connu aucune maladie. Il mourut noyé, mais notre malade ne peut nous dire si

cette mort fut volontaire ou si elle fût le résultat d'un accident causé par l'ivresse.

Dans son bas-âge, cette jeune fille a été très sujette aux supurations du cuir chevelu, à l'impétigo. Il lui en est resté quelques cicatrices, peu apparentes d'ailleurs. A dix-huit ans, elle eût une fièvre typhoïde qui dura environ deux mois et dont elle ne s'est remise qu'avec lenteur.

Vers le milieu du mois d'avril, quelques jours après un coït avec un individu qu'elle ne connaissait pas, elle commença à éprouver des cuissons à la vulve et dans l'urèthre au moment de la miction. Ces douleurs sont allées en augmentant tellement qu'elle n'a pu continuer son travail et a dû se décider à entrer à l'hôpital.

Le 3 mai, à l'examen, on constate du côté des organes génitaux les symptômes suivants :

La vulve est enflammée ; les grandes lèvres sont un peu oedématisées, leur face interne est rouge, tuméfiée, de même aussi les petites lèvres sont érythémateuses et tuméfiées. Les poils qui recouvrent les grandes lèvres ont, à leur base, des pustules petites, blanches, reposant sur une base érythémateuse, dure, enflammée, très petite. Quelques-unes de ces pustules se sont rompues en laissant une très petite ulcération cratériforme d'un millimètre à un millimètre et demi de diamètre ; il y a donc de la folliculite vulvaire.

La face interne des cuisses, à leur partie supérieure, est rouge et présente également de petites pustules, mais rares, éloignées les unes des autres. Cet érythème, analogue à l'éry-

thème intertrigo, est dû sans doute à l'écoulement de liquides irritants par la vulve.

En écartant les petites lèvres, on voit que les orifices des glandes de Bartholin sont rouges, mais la pression sur la glande ne détermine la sortie d'aucun liquide purulent.

Le toucher vaginal nous donne des renseignements de deux ordres. Les uns concernent le vagin, les autres l'urèthre. L'introduction du doigt dans le vagin est douloureux. Les parois vaginales sont chaudes et un peu rugueuses au toucher. La pression sur le col de l'utérus n'est pas douloureuse, les culs-de-sac sont libres et ont conservé leur souplesse.

En appuyant la pulpe de l'index sur la paroi antérieure du vagin et en la ramenant de l'extrémité supérieure vers le méat de l'urèthre, en un mot en pressant sur l'urèthre de l'extrémité vésicale vers le méat, on fait sourdre à l'orifice une gouttelette de pus verdâtre. Du vagin également sort en abondance un liquide muco-purulent.

L'introduction du spéculum est très douloureuse. Pourtant, avec beaucoup de douceur et de patience, nous parvenons à l'introduire. Après un lavage avec de l'eau boriquée tiède pour débarrasser les parois vaginales du muco-pus qui les recouvre, nous voyons ces parois rouges et tuméfiées. Le col est lui-même augmenté de volume, très gros et de son orifice sort une mèche opaque, également muco-purulente. Elle est très adhérente et nous ne parvenons à l'enlever qu'avec l'écouvillon de Doleris.

En résumé, cette femme est atteinte de vulvo-vaginite et

d'urétrite blennorrhagiques, compliquées de métrite probablement encore localisée au col.

Le traitement suivant est institué : 1° lavages de la vulve et des cuisses avec une solution de sublimé à 1 pour 4000 ; pansements humides sur ces mêmes régions avec des compresses trempées dans le même liquide. 2° Injections calmantes avec de l'eau de guimauve et de pavot pendant quelques jours dans le seul but de calmer les douleurs. 3° Un grand bain tous les deux jours.

Le 10 mai, l'érythème des cuisses a complètement disparu sous l'influence des soins de propreté et des pansements humides indiqués plus haut. Les douleurs se sont considérablement atténuées dès le deuxième jour grâce aux injections vaginales et au repos complet de la malade.

Les symptômes vaginaux et uréthraux sont d'ailleurs les mêmes : écoulement purulent, rougeur et douleur à l'introduction du spéculum.

A partir de ce jour les pansements vulvaires sont supprimés, Matin et soir la malade reçoit des injections vaginales au permanganate de potasse (1 pour 5000). Chaque injection est suivie de l'application d'un tampon imbibé de glycérine résorcinée au centième.

Le 15 mai, l'état reste à peu près stationnaire, tout au plus y a-t-il atténuation légère des symptômes décrits plus haut.

L'urétrite persistant, M. Renaut lui fait mettre chaque matin dans l'urètre un crayon iodoformé au quart.

Le 30 mai, la vaginite et l'urétrite sont beaucoup améliorées ;

la pression sur l'urèthre le matin ne fait plus sortir de pus. Les parois vaginales secrètent moins abondamment. Mais le col de l'utérus est gros, douloureux au toucher et de son orifice sort à chaque pansement une mèche qui conserve le même aspect : blanche, opaque, muco-purulente. Une de ces mèches est examinée au microscope : une petite parcelle est étendue sur une lamelle qui est ensuite séchée, fixée par la chaleur, puis colorée au violet de gentiane, lavée à l'eau et placée sur une lame. Avec l'objectif à immersion, on y constate la présence dans les globules de pus de diplocoques nombreux, en grains de café, qui se regardent par leur face plane. Ils sont colorés en violet foncé. Une autre lamelle est colorée de même par le violet de gentiane puis traité par la solution iodo-iodurée et ensuite décolorée par l'acool. Sur cette préparation, on ne retrouve plus les cocci précédemment décrits; on les entrevoit seulement en supprimant l'éclairage Abbe, ils sont complètement décolorés. Ces caractères microscopiques, morphologie et réactions colorantes, sont ceux du gonocoque.

Même traitement.

Le 10 juin, la malade se plaint de souffrir dans le ventre vers la ligne médiane. Ces douleurs sont apparues à l'époque de ses règles il y a quelques jours et depuis elles se reproduisent presque journellement. L'hémorrhagie menstruelle au lieu d'avoir sa durée normale de cinq ou six jours persiste plus longtemps que d'ordinaire; il y a huit jours qu'elle a débuté et elle n'a pas encore cessé.

Le traitement n'est pas modifié, mais la malade est main-

tenue au repos le plus complet et les tamponnements du vagin sont faits d'une façon très soignée.

Le 15 juin, les hémorrhagies ont persisté d'une manière à peu près continue à tel point que la jeune fille grosse, rouge et d'apparence très vigoureuse lors de son entrée est aujourd'hui pâle et très affaiblie.

La persistance de ces hémorrhagies finissant par constituer un véritable danger, un curettage est projeté.

Pour la préparer à cette intervention, les lavages au permanganate sont supprimés et les pansements antérieurs sont remplacés par des rinçages du vagin, matin et soir, avec une solution de sublimé au deux-millième. Ces lavages sont pratiqués suivant les préceptes énumérés par M. Pozzi dans son *Traité de gynécologie*. Deux doigts sont introduits dans le vagin, l'un d'eux appliqué sur le col, l'autre au fond des culs-de-sac, successivement l'antérieur, le postérieur et les deux latéraux. Pour chaque lavage, plusieurs litres de sublimé sont successivement employés. Après chaque lavage : tamponnement à la gaze iodoformée; ces précautions sont renouvelées deux fois par jour pendant six jours.

Le septième, après un dernier lavage, la malade est anesthésiée au chloroforme. Le curettage est pratiqué avec toutes les précautions d'usage et se termine par une cautérisation à la glycérine créosotée au dixième, suivie d'un drainage utérin à la gaze iodoformée et d'un tamponnement vaginal avec cette même gaze.

Le 23 juin, lendemain de l'intervention, la malade est très

bien, elle ne souffre pas, n'a pas de fièvre et son état est, en somme, aussi satisfaisant que possible.

Température matin, 37°3, soir, 37°6.

Le 25 juin. La malade a été prise hier soir d'une douleur violente dans le genou droit. Cette douleur, obtuse au début, est devenue en quelques heures de plus en plus aiguë, au point de lui arracher des douleurs ce matin.

A l'examen du genou, on constate, à la vue, une légère augmentation du volume de cette articulation dont les méplats sont effacés, elle a pris une forme globuleuse. La constatation du choc rotulien nous montre que la synoviale contient une petite quantité de liquide.

Cette articulation est recouverte d'une épaisse couche de teinture d'iode, enveloppée d'ouate, puis immobilisée dans une gouttière. Le soir, piqûre de morphine (un centigramme pour calmer la douleur).

Température matin, 38°2, soir, 38°5.

Le 30 juin, les douleurs ont persisté avec la même intensité depuis leur début jusqu'à ce jour. Chaque soir, la malade reçoit une piqûre de morphine afin qu'elle puisse dormir quelques heures.

Par le vagin, aucun suintement, aussi le pansement n'est-il pas dérangé, la température étant rapidement revenue à la normale.

Le 2 juillet. Les douleurs spontanées se sont beaucoup atténuées dans le genou droit, mais les douleurs provoquées par le moindre mouvement persistent avec la même intensité. Lorsqu'on soulève sa jambe droite, la malade pousse des cris de

douleur. Aussi pour la transporter sur la table à spéculum est-on obligé de prendre de grandes précautions afin d'atténuer ses souffrances. Le tamponnement vaginal est enlevé ainsi que le drainage utérin. Le suintement n'a pas été abondant.

Un grand lavage est pratiqué, suivi d'un tamponnement lâche du vagin à la gaze iodoformée.

Le 7 juillet. Ce tamponnement est enlevé et comme il n'y a pas de suintement n'est pas remplacé. La malade prendra seulement matin et soir des injections de sublimé au trois millième.

Lors de ce dernier pansement, nous avons constaté sur le col de l'utérus de petites ulcérations situées au voisinage de l'orifice. Elles jettent un doute sur la guérison de la métrite.

Les douleurs du genou droit sont maintenant très atténuées. Lorsque la malade ne bouge pas, elles sont nulles, mais, au moindre mouvement, elles deviennent encore assez vives, bien que n'ayant rien de leur première intensité. La gouttière est enlevée et des mouvements sont recommandés afin d'éviter l'ankylose.

Le 25 juillet. L'état du genou droit est très satisfaisant, plus d'endolorissement, mais seulement un peu de raideur dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse.

L'examen de l'utérus nous montre les ulcérations signalées plus haut considérablement agrandies.

Après avoir pris les mêmes précautions que pour le curetage, une amputation du col suivant la méthode de Schröder est pratiquée le 2 août.

Le 4 août. Nouvelle poussée douloureuse dans le genou droit, identique à la précédente, extrêmement violente et accompagnée d'épanchement intra-articulaire. Ces douleurs sont spontanées, mais considérablement augmentées par les mouvements provoqués ; l'impotence fonctionnelle est absolue. L'épanchement intra-articulaire est peu considérable, mais, comme lors de la première poussée, il peut être facilement constaté par la recherche du choc rotulien.

Le 20 août. L'amputation du col a donné d'excellents résultats, les ulcérations ne se sont pas reproduites, le mucus qui s'écoule de l'utérus et à peu près transparent. Les parois vaginales ont repris leur aspect et leur coloration normaux. En pressant sur l'urèthre d'arrière en avant, même le matin avant toute émission d'urine, on ne fait plus sortir de pus. Les organes génito-urinaires peuvent donc être considérés comme guéris, cliniquement parlant.

Pourtant, le traitement antérieur : injections de permanganate de potasse au cinq millième et tamponnements du vagin avec du coton imbibé de glycérine résorcinée au centième est repris et sera continué jusqu'au jour de sortie de la malade.

L'état du genou est un peu amélioré, les douleurs sont moins violentes, mais les mouvements restent encore assez douloureux pour que l'impotence fonctionnelle soit à peu près complète.

Le 15 septembre. La malade sort à peu près guérie. Il lui reste seulement un peu de raideur du genou droit.

## CONCLUSIONS

Les études faites jusqu'à ce jour sur le rhumatisme blennorrhagique ont démontré qu'il peut avoir pour origine :

1° Une uréthrite blennorrhagique, soit chez l'homme, soit chez la femme. Chez l'homme, c'est là à peu près la seule localisation de l'inflammation gonococcienne qui donne lieu au rhumatisme blennorrhagique.

2° Une vaginite. — C'est la source de beaucoup la plus importante de l'infection générale de l'économie qui donne lieu à des localisations arthropathiques.

3° Une conjonctivite. — Ce mode d'infection appartient essentiellement au nouveau-né et à l'enfant presque toujours contaminé en ce point par sa mère ou une personne de son entourage.

4° A ces trois localisations nous pouvons en ajouter une quatrième, c'est la métrite blennorrhagique. Un fait qui nous semble indiscutable vient à l'appui de notre opinion.

L'uréthrite, la vaginite étaient guéries (autant qu'une guérison de blennorrhagie peut être affirmée en clinique),

la métrite seule était très intense. Dans le muco-pus de cette métrite, le gonocoque a été trouvé en grande abondance ; or, d'après M. Besnier, « pour qu'un rhumatisme articulaire survienne, il faut que la blennorrhagie soit « dans une phase active ». La blennorrhagie n'était dans une phase active qu'au niveau de la muqueuse utérine.

Ce fait vient encore démontrer que M. Marfan a raison en déclarant que « toute localisation de la gonorrhée peut engendrer le rhumatisme. »

Si maintenant, nous envisageons la question à un autre point de vue, nous nous croyons autorisé à dire que, dans notre observation, la cause occasionnelle de la poussée articulaire a été le curettage. Son apparition le surlendemain de l'intervention, sa réapparition le jour qui a suivi une deuxième opération nous semblent suffisantes pour qu'aucun doute ne subsiste à ce sujet.

On ne saurait accuser, il nous semble, une faute de technique, une faute contre l'antisepsie. Les précautions les plus minutieuses avaient été prises en ce qui concerne cette partie de l'intervention.

Il nous semble donc que dans la métrite blennorrhagique, il est bon d'être sobre de tout traitement brutal et si l'apparition d'une complication force à intervenir (hémorrhagie dans notre cas) on devra songer qu'un rhumatisme blennorrhagique a été une fois la conséquence d'un curettage et d'une amputation du col.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LOCHLEIN. — Technique de curettage (*Centralblatt für gynecologie*, 6 avril 1895).
- VANUXCERN. — Rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant (Thèse de Paris 1895).
- DUMONT. — Dangers et complications du curettage post-partum (*Archives de Tocologie*, mars 1895).
- VIGNAUDON. — Rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*).
- REY et CHALANÇON. — Du traitement de la blennorrhagie utérine et des endométrites chroniques (*Bulletin médical de l'Algérie*, 10 juillet 1894).
- FRITSCH. — Atrophie complète de l'utérus après un curettage.
- SÉE. — Le gonocoque et les manifestations blennorrhagiques (*Gazette des hôpitaux*, 10 novembre 1893).
- HOGGE. — Du traitement des métrites (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, mars 1894).
- TIXERON. — De la blennorrhagie utérine et de son traitement par le permanganate de potasse (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1893).
- JOVIN. — Des différents types de métrites, leur traitement. (en-8° Paris 1892).
- WERTHEIM. — De la gonorrhée ascendante chez la femme, étude bactériologique et clinique sur la biologie du gonococcus de Neisser.
- PICQUÉ. — Curettage de l'utérus (*Revue générale de clinique* 5, page 65, 1892).
- QUEYREL. — Du curettage de l'utérus (*Archives de Tocologie* décembre 1890).

- Mlle FINKELSTEIN. — Influence du curage de l'utérus sur les complications de l'endométrite (Thèse de Paris 1889).
- Mme VINAVER. — Le curettage de l'utérus et l'opération de Schröder.
- COUTURIER. — Le curettage de l'utérus (Thèse de Paris 1890).
- DE TORNERY. — Quelques remarques à propos du curettage de l'utérus (*France médicale*, 27 septembre 1888).
- ROPIN. — Du raclage et du curettage de l'utérus (*Revue Médicale de la Suisse* 8, page 491, 1888).
- MARFAN. — Des pseudo-rhumatismes infectieux (*Revue générale in Gazette des hôpitaux*, 18 février 1888).
- JACCOUD. — Cliniques de la Pitié. (Tome I<sup>er</sup>).
- BOUREAU. — Du curettage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus (Thèse Paris 1888).
- POZZI. — Traité de gynécologie (Articles métrites et curettage).
- PHILPOT. — Gonorrheal rheumatism. (*The Lancet*, 6 octobre 1885)  
— Nouveau traité de médecine et nouveau traité de chirurgie, *passim*.

Vu : le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

A. FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

## TABLE

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                            | 9  |
| Quelques généralités sur le curettage.. ..... | 11 |
| Rhumatisme blennorrhagique.....               | 18 |
| Observation (personnelle).....                | 34 |
| CONCLUSION.....                               | 43 |
| INDEX. ..                                     | 45 |





